

# ความเครียด ความวิตกกังวล และ การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติ โรคหัวใจ

นงคันธุช นนะแก้ว พย.บ.

งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์, ฝ่ายการพยาบาล, โรงพยาบาลศิริราช, กรุงเทพมหานคร 10700.

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction : AMI) เป็นโรคซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุดของประชากรทั่วโลก เนื่องจากเมื่อเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแล้วทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ภายในเวลาอันรวดเร็ว โดยหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) จะเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง และร้อยละ 50 เสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยพบว่าปีพ.ศ.2557 มีประชากรเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเท่ากับ 18,079 คน ต่อประชากรแสนคน หรือร้อยละ 27.83 เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน และในปีพ.ศ. 2558 (ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2557 - มิถุนายน 2558) พบอัตราการตายเท่ากับ 20,302 ต่อประชากรแสนคน<sup>2</sup> จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีอัตราการตายที่สูงขึ้น

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างฉับพลันจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี จากลิ่มเลือด (thrombus) หรือตะครันท์หลอดเลือด

(atherosclerotic plaque) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ โดยหากภาวะนี้เกิดนานเกิน 20 นาที จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และถ้ากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนานเกิน 2 ชั่วโมง จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหันได้<sup>3</sup> ถือเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤติที่คุกคามและเป็นอันตรายต่อชีวิต

หลักการรักษาที่สำคัญ คือการเปิดหลอดเลือดอุดตันให้เร็วที่สุด เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอ ลดการทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ช่วยให้หัวใจทำหน้าที่ปั๊มเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ และอวัยวะอื่นๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยได้<sup>4</sup>

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติเพื่อให้ได้รับการดูแล และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งจากโรคและการรักษา เพื่อความปลอดภัยต่อชีวิต<sup>5</sup> แต่การรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และวิตกกังวลขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม<sup>6,7,8</sup> มีหลายสาเหตุได้แก่ 1) การรับรู้และความเข้าใจในทางลบว่าหอผู้ป่วยวิกฤติเป็นสถานที่

ทำให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งมีอาการไม่แน่นอนไม่สามารถคาดการณ์การดำเนินโรคได้ มีโอกาสที่จะเสียชีวิต 2) ลักษณะการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวถูกปิดกั้นจากการรักษาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์รวมถึงสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยไม่คุ้นเคย 3) ความยากลำบากในการสื่อสาร 4) ถูกจำกัดเวลาเยี่ยมขาดความเป็นส่วนตัว 5) การได้รับข้อมูลที่ไม่กระจ่างชัดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และแนวทางการรักษา 6) ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาโดยไม่ได้วางแผนหรือเตรียมตัวล่วงหน้า และ 7) ไม่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตมาก่อน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จึงส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลขึ้น

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้นในช่วงเวลา 3 ระยะ คือ เมื่อต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต เมื่อต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และในระยะที่ต้องออกจากโรงพยาบาล<sup>9</sup> โดยขณะที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเกิดความวิตกกังวลมากขึ้นภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาน<sup>10</sup> สาเหตุหลักของการเกิดความวิตกกังวลคือ การได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายจากภาวะความรุนแรงของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลขึ้น และมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงขั้นเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการแก้ไข<sup>6,7,8</sup>

## ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

กรมสุขภาพจิต<sup>11</sup> ให้คำจำกัดความของความหมายของความเครียด คือ ภาวะของอารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับแค้นใจ หรือถูกบีบคั้น กดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธหรือเสียใจ ในขณะที่ Selye<sup>12</sup> เชื่อว่าความเครียด เป็นกลุ่มอาการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่คุกคามบุคคล โดยสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ และมีต้นเหตุมาจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งร่างกายและจิตใจ สิ่งแวดล้อม และสังคมที่บุคคลประเมินแล้วว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง

จากนิยามข้างต้น สรุปได้ว่าความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกาย และจิตใจ ตอบสนองต่อความกดดัน คุกคาม หรือบีบคั้นทางด้านจิตใจ และร่างกาย จากเหตุการณ์ต่าง ๆ ตั้งแต่เหตุการณ์เล็ก ๆ น้อย ๆ ที่เป็นเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน จนถึงเหตุการณ์สำคัญหรือร้ายแรงที่เกิดขึ้น เพื่อปรับสมดุลร่างกายและจิตใจให้อยู่ในภาวะปกติ

## ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

Stuart & Sundeen<sup>13</sup> ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็น ความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่มั่นใจต่อสถานการณ์ ในอนาคต เกรงว่าจะเกิดอันตราย หรือความเสียหาย เนื่องจากมีหรือคาดว่าจะมีสิ่งคุกคามความมั่นคงของบุคคลขณะเดียวกัน จะมีความไม่สุขสบายทางร่างกายด้วย หากมีความวิตกกังวลมาก หรือเป็นเวลานาน ๆ จะมีผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลได้ ซึ่งสัมพันธ์กับ Spieberger & Gorsuch<sup>14</sup> โดยเสริมว่าความวิตกกังวลส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติให้มีลักษณะสู้หรือหนี

จากนิยามข้างต้น สรุปได้ว่าความวิตกกังวลคือ ภาวะที่รู้สึกไม่สุขสบายหรือหวาดหวั่น วิตก ตึงเครียด ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดจากการรับรู้ หรือคาดการณ์ถึงอันตราย หรือความไม่แน่นอนของสิ่งที่มาคุกคามต่อความจำเป็นในการดำรงชีวิตทั้งร่างกายและจิตใจ หรือบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุที่แน่ชัด

## ประเภทของความวิตกกังวล (Type of Anxiety)

Spieberger & Gorsuch<sup>14</sup> แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or S-Anxiety or A-state) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบและมีแนวโน้มจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราวทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ลักษณะอารมณ์ สรีระ และ

พฤติกรรมที่โต้ตอบความวิตกกังวลแบบเผชิญหน้า จะสังเกตเห็นได้ และผู้ที่มีความวิตกกังวลสามารถบอกได้ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล ดังนั้นความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงจัดเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญหน้า และ 2) ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety or T-Anxiety or A-Trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (Personality trait) จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญหน้า บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะรับรู้ แปลความ และประเมินสถานการณ์ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางจิตใจของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อมี หรือคาดว่าจะมีสิ่งที่คุกคาม ความมั่นคงของบุคคล ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยและปานกลาง เป็นสิ่งที่มีคุณค่า จำเป็นสำหรับการมีชีวิตช่วยให้คนมีความกระตือรือร้น ตื่นตัว มีการแก้ปัญหาและพัฒนาตนเอง ส่วนความวิตกกังวลในระดับรุนแรง บุคคลอาจจะปรับตัวไม่ได้ ทำให้มีการรับรู้ผิด พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ และมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ความวิตกกังวล แตกต่างจากความเครียด ที่เป็นการตอบสนองของจิต ต่อแรงกดดันจากปัญหารอบตัว แต่ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองของร่างกาย และจิตใจ ต่อการหวั่นเกรงอันตรายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น จากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล อันตรายจากสภาพรอบตัว และความผิดปกติในร่างกาย เช่น โรคเรื้อรัง เป็นต้น

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยวิกฤตหนักโรคหัวใจ จะเผชิญกับประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดต่าง ๆ มากมาย รวมถึงอาการที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิด รวมทั้งการวินิจฉัยและการรักษาที่คุกคาม (invasive diagnosis and treatment) อาการเจ็บหน้าอก และหายใจลำบาก เป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยตกใจกลัว ผู้ป่วยจะกลัวตาย วิตกกังวล เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดที่พบได้บ่อย<sup>15</sup>

## การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งถือเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงคุกคามต่อชีวิตจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันที เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน นอกจากปัญหาทางด้านร่างกาย ยังรวมถึงภาวะด้านจิตใจ จิตวิญญาณและจิตสังคม เพื่อให้การพยาบาลครอบคลุมและดูแลแบบองค์รวม<sup>16</sup> การพยาบาลที่สำคัญ คือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ลาซาลัสและฟอล์กแมน (Lazarus and Folkman)<sup>17</sup> กล่าวว่า การที่จะทำให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาได้นั้นจะต้องมุ่งไปที่การแก้ปัญหา (Problem focused) และการจัดการกับภาวะอารมณ์ (emotional focused)

1) การมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused) เป็นการจัดการกับคนหรือสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดปัญหา โดยการพยายามที่จะแยกแยะปัญหา ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา และการกระทำเพื่อการแก้ปัญหาโดยตรง การที่ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาได้บางครั้งเกิดจากการขาดข้อมูล ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ หรือได้รับข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง เป้าหมายสำคัญของการให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจความหมายของเหตุการณ์ประเมินอาการหรือสถานการณ์ได้ถูกต้อง ตรงกับความจริงแก่ไขข้อมูลที่คลุมเครือ สับสนและความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ ข้อมูลที่ให้เป็นข้อมูลที่ตรงกับผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ ซึ่งมีหลายรูปแบบ ทั้งเป็นการพูดคุยตัวต่อตัว พูดคุยรายกลุ่ม พบปะพูดคุยกับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วย โดยใช้แผ่นพับ เอกสารคู่มือ หนังสือการให้ข้อมูลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ วิดีทัศน์ เป็นต้น ในผู้ป่วยบางกรณี การรับรู้ของข้อมูลทั้งหมดอาจทำให้เกิดความเครียด หรือความวิตกกังวลมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลควรประเมิน และปรับแผนในการดูแล โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน การดูแลในทุกขั้นตอน ซึ่งรวมถึงความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ วัฒนธรรม ความรู้และทักษะในการดูแลของผู้ป่วย และครอบครัว มาใช้เพื่อให้ข้อมูลและคำแนะนำได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้แบนดูรา (Bandura)<sup>18</sup> ได้กล่าวว่าปัจจัยที่ช่วยสร้างเสริมและพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

ประกอบด้วย 4 ประการได้แก่ 1) ให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ประสบความสำเร็จด้วยตัวเอง โดยการเพิ่มความสามารถแบบค่อยเป็นค่อยไป รวมทั้งนำเอาประสบการณ์ในอดีตที่เคยทำแล้วประสบความสำเร็จมาเป็นแรงจูงใจ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือเห็นประสบการณ์ของผู้อื่น ทั้งการได้เห็นตัวอย่างจริงและการได้รับทราบประสบการณ์ของผู้อื่นซึ่งมีปัญหาที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณอื่นทำได้ ตนเองก็一定能ทำได้ 3) การได้รับคำแนะนำ การชักจูง การได้รับการกระตุ้น ให้ทำพฤติกรรมโดยได้รับคำบอกเล่าถึงประโยชน์ของการทำกิจกรรม พฤติกรรมนั้น ๆ 4) การลดการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ โดยการฝึกเผชิญกับสิ่งที่กระตุ้นเร้าต่าง ๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไป การฝึกผ่อนคลาย การบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่กระตุ้นเร้าทางอารมณ์

มีหลายการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจเกิดจากการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่ตรงกับความเป็นจริงส่งผลทำให้สับสนกลัวในสิ่งที่ไม่รู้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ทั้งนี้พยาบาลควรประเมินความต้องการของข้อมูลเพื่อให้การดูแลและให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม<sup>17</sup>

2) การจัดการกับภาวะอารมณ์ (emotional focused) บุคคลมีการจัดการกับกระบวนการรับรู้เพื่อลดภาวะเครียดทางอารมณ์หลากหลายวิธี เช่น การหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา การปฏิเสธ ลดความสำคัญของปัญหา มุ่งความสนใจไปในเรื่องบางเรื่อง การแยกตนเอง การระบายความโกรธไปสู่ผู้อื่น มองหาส่วนดีจากสถานการณ์และคิดในทางบวก การให้ข้อมูลและการเสริมแรงในทางบวกเพื่อให้มีการประเมินสถานการณ์ตรงกับความเป็นจริงจะช่วยลดปัญหาได้ แต่อาจไม่ทั้งหมด เพราะหลายปัญหาไม่สามารถบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงได้ การให้การพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาโดยสอนวิธีลดผลกระทบทางกายที่เกิดจากความเครียด มีหลายวิธี เช่น การหายใจเข้าออกลึกๆ (deep breathing) การนั่งสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) การสวดมนต์ ฯลฯ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างองค์รวม

จากการศึกษาแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมพบว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอำนาจจัดการกับความวิตกกังวล การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ

จะช่วยปกป้องบุคคลจากความวิตกกังวลได้ หากผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะมีกำลังใจมีอารมณ์ที่มั่นคง และสามารถลดความเครียดและความวิตกกังวลที่นำไปสู่ภาวะวิกฤตได้ ซึ่งแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schefer, Coyne & Lazarus<sup>19</sup> แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ การให้ข้อมูลภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว แผนการรักษาและการดูแลผลลัพธ์การรักษา ความก้าวหน้าของโรค ภาวะเสี่ยงของการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ รวมถึงการสอบถามความต้องการข้อมูลจากครอบครัวโดยคำนึงถึงความพร้อมของผู้รับข้อมูล วิธีการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ชัดเจน และมีความต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย การตัดสินใจและการตั้งเป้าหมายร่วมกับทีมดูแล เพื่อลดความเครียดหรือความวิตกกังวลกับผู้ป่วยและครอบครัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tel & Tel<sup>20</sup> ที่พบว่าทำให้ความรู้รายบุคคลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) การสนับสนุนทางอารมณ์ เป็นการสนับสนุนที่แสดงถึงความเอาใจใส่และให้การดูแลซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ เชื่อถือ ไว้วางใจบุคคล และรู้สึกผ่อนคลาย พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ถ่ายทอดความคิด ความรู้สึก ความคาดหวัง ให้กำลังใจ ปลอบโยน ได้รับความหวังตามความเป็นจริง และให้ความมั่นใจต่อคุณภาพบริการ มีการยืดหยุ่นระบบการเยี่ยม การดูแล หรือการสนับสนุน การตอบสนองด้านจิตวิญญาณและปรับตัวต่อภาวะวิกฤตตามความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ศาสนา วัฒนธรรม เช่น การให้ครอบครัวอ่านหนังสือธรรมะให้ผู้ป่วยฟัง การเปิดเทพธรรมะ การสวดมนต์ ตามแต่ละศาสนา การนั่งสมาธิ เป็นต้น ที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา อีกทั้งการส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยเรียนรู้และดูแลผู้ป่วยกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถทำได้ เช่น การรับประทานอาหาร การเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความใกล้ชิด ไม่รู้สึกถูก

แยกออก ลดความเครียด และความวิตกกังวลในขณะรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจสอดคล้องกับการศึกษาของ Broadbent และคณะ<sup>21</sup> ที่พบว่า การให้คู่มือเข้ามาดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและรับทราบข้อมูลข่าวสารร่วมกันมีผลในการลดความวิตกกังวลผู้ป่วยและครอบครัว

3) การสนับสนุนทางด้านสิ่งของและบริการ เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามกิจวัตรประจำวัน และช่วยเหลือทางด้านสิ่งของ หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ที่จำเป็น ไม่ขัดต่อแผนการรักษา รวมถึงการให้บริการตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการเจ็บหน้าอกซ้ำ เพื่อความรุนแรงของโรคลดลงและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย<sup>22</sup>

## สรุป

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน บรรเทาความเจ็บป่วย ทรมานจากภาวะโรค สถานการณ์ที่ต้องเผชิญความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดจากความเครียด ความวิตกกังวลได้ จากความไม่เข้าใจ จากการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน ที่เปลี่ยนไป ประสบการณ์การรับรู้ ความคาดหวัง ในการรักษา เป็นต้น พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญ โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีการเผชิญความเครียดได้เหมาะสมตามสถานการณ์ ตามความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เป้าหมายของการพยาบาลเพื่อลดหรือบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวล ที่จะเกิดขึ้นโดยมุ่งเน้นไปที่การจัดการกับปัญหา ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการขาดข้อมูล การได้รับข้อมูลจากหลายแหล่งที่ไม่ตรงกัน และมุ่งไปที่การจัดการกับอารมณ์ เช่น การนั่งสมาธิ การหายใจเข้าออกลึกๆ การสวดมนต์ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบองค์รวม

## เอกสารอ้างอิง

1. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al., editors. Harrison's Principle of Internal Medicine. 17th ed. New York: McGraw-Hill; 2008.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 10 ลำดับผู้ป่วยตายปี 2557-2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2559]. จาก : [http://bps.moph.go.th/new-bps/sites/default/files/health\\_statistic2558.pdf](http://bps.moph.go.th/new-bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf).
3. Spertus JA, Radford MJ, Every NR, Ellerbeck EF, Peterson ED, Krumholz HM, et al. Challenges and opportunities in quantifying the quality of care for acute myocardial infarction: summary from the Acute Myocardial Infarction Working Group of the American Heart Association/American College of Cardiology First Scientific Forum on Quality of Care and Outcomes Research in Cardiovascular Disease and Stroke. *Circulation*. 2003;107(12):1681-91.
4. ดำรัส ตริสุโกศล. Cardiac Emergencies. ใน: ประดิษฐ์ ปัญจิณิน, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์, เรวัต พันธุ์กึ่งทองคำ, บรรณาธิการ. ภาวะฉุกเฉินระบบหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาหทัยวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ และ ศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554. หน้า 35-7.
5. Barid MS, Keen JH, Swearingen PL. Manual of critical Nursing: Nursing interventions and collaborative Management. St.Louis: Elsevier Mosby; 2005.
6. O'Brien JL, Moser DK, Riegel B, Frazier SK, Garvin BJ, Kim KA. Comparison of anxiety assessments between clinicians and patients with acute myocardial infarction in cardiac critical care units. *Am J Crit Care* 2001;10(2):97-103.
7. American Association of Critical Care Nurses. Procedure manual for critical care. St. Louis: Elsevier Saunders, 2005.
8. Eisendrath SJ, Shim JJ. Management of psychiatric problems in critically ill patients. *Am J Med*. 2006;119(1):22-9.
9. Oka RK, Burke LE, Froelicher ESS. Emotional responses and inpatient education. In: Woods SL, Froelicher ESS, Adams S, Bridges EJ, editors. *Cardiac Nursing*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams &Wilkins; 1995. p.672-89.
10. An K, De Jong MJ, Riegel BJ, McKinley S, Garvin BJ, Doering LV, et al. A cross-sectional examination of changes in anxiety early after acute myocardial infarction. *Heart Lung* 2004;33(2):75-82.

11. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานในคลินิกคลายเครียด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2541.
12. Selye H. Stress and inflammation. In: Selye H, editor. The stress of life. New York: McGraw-Hill; 1976. p.129-44.
13. Stuart GW, Sundeen SJ. Principle and practice of psychiatric nursing. 5th ed. ST Louis: Mosby; 1995.
14. Spielberger CD, Gorsuch RL. Manual for the state-trait anxiety inventory (STAI) for Y: self-evaluation questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983. p.65-72.
15. Whitehead DL, Strike P, Perkins-Porras L, Steptoe A. Frequency of distress and fear dying during acute coronary syndrome and consequences for adaptation. Am J Cardiol 2005;96(11):1512-16.
16. วนิดา มงคลสินธุ์. มโนทัศน์การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2560]. จาก [www.kcn.ac.th/download/doc/20131105.pdf](http://www.kcn.ac.th/download/doc/20131105.pdf).
17. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.p.41-3.
18. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977;84(2):191-200.
19. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. J Behav Med 1981;4(4):381-406.
20. Tel H, Tel H. The effect of individualized education on the transfer anxiety of patients with myocardial infarction and families. Heart Lung 2006;35(2):101-7.
21. Broadbent E, Ellis CJ, Thomas J, Gamble G, Petrie KJ. Can an illness perception intervention reduce illness anxiety in spouse of myocardial infarction patients? A randomized controlled trial. J Psychosom Res 2009;67(1):11-5.
22. Beinart SC, Sales AE, Spertus JA, Plomondon ME, Every NR, Rumsfeld JS. Impact of angina burden and other factors on treatment satisfaction after acute coronary syndromes. Am Heart J 2003; 146(4):646-52.